Lane Medical Library

Ueber

Prolapsus uteri.

INAUGURAL-DISSERTATION,

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

VORGELEGT DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

UND ÖFFENTLICH ZU VERTHEIDIGEN

am 7. August 1869

VON

Wilhelm Weinberg

aus Bublitz.

OPPONENTEN:

O. Haeger, Dd. med.
E. Hattwich, Dd. med.
M. Hildebrand, Cand. med.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON GUSTAV LANGE (OTTO LANGE).

Dem Andenken

seines Vaters.

Indem ich die Erörterung des Gebärmuttervorfalls zum Gegenstand dieser meiner Inaugural-Dissertation gewählt habe, ist es meine Absicht, im Anschluss an dieselbe die Resultate der Untersuchung von 174 Fällen von Prolapsus uteri zu veröffentlichen, welche in der hiesigen, vom Herrn Geheimrath Martin dirigirten stationären und ambulanten gynaecologischen Klinik während des letzten Decenniums zur Beobachtung gelangt sind.

Für die gütige Erlaubniss, die Journale der erwähnten Klinik zur vorliegenden Arbeit benutzen zu dürfen, nehme ich an dieser Stelle Gelegenheit, Herrn Geheimrath Martin meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Der Gebärmuttervorfall stellt jene Lageabweichung des Uterus dar, bei welcher derselbe einen abnorm tiefen Stand einnimmt. Je nachdem diese Dislocation eine grössere oder geringere geworden ist, werden von den Autoren mehrere Grade des Prolapsus unterschieden, und zwar von einigen drei, von andern nur zwei Grade aufgestellt. Erstere unterscheiden ein geringes Herabtreten der Gebärmutter mit leichter Einstülpung des Scheidengewölbes (abaissement) von jenem Tiefstand derselben, bei welchem sie in den Grund des Beckens herabgetreten ist, (descente de la matrice)

und nehmen als dritten Grad den eigentlichen Prolapsus an (chute, précipitation), welcher zum Hervortreten des Uterus vor die äusseren Geschlechtstheile geführt hat.

Die meisten neuen Schriftsteller sind von dieser Eintheilung abgegangen und unterscheiden nur den Prolapsus incompletus vom Prol. completus, je nachdem der Uterus sich innerhalb oder ausserhalb des kleinen Beckens befindet. Von Busch[1]) wird letztere Eintheilung befürwortet, indem er hervorhebt, dass „die Krankheitserscheinungen bei dem stärkeren oder geringeren Herabsinken der Gebärmutter nur der Intensität nach sich abweichend zeigen und wesentliche Abweichungen nur dadurch bedingt werden, dass der Uterus in dem zweiten Grade den Einflüssen der athmosphärischen Luft und mechanischen Läsionen ausgesetzt wird.

Als eine besondere Form wäre noch diejenige hinzustellen, bei der nur die Portio vaginalis uteri eine ungewöhnlich tiefe Stellung einnimmt, ohne dass gleichzeitig der Fundus eine Dislocation erfahren hat. Es handelt sich in diesem Fall nur um eine Gestaltveränderung, um partielle Hypertrophie des Uterus, und könnte diese nach der obigen vom Prolapsus gegebenen Definition eigentlich nicht zu demselben gerechnet werden. Indessen zeigt der ganze Symptomencomplex soviel Uebereinstimmendes, dass es geboten erscheint, derartige, nur den Scheidentheil betreffende Dislokation ebenfalls als Prolapsus uteri aufzufassen[2]).

[1]) Busch, Geschlechtsleben des Weibes. Bd. III.

[2]) Virchow, Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe. Berlin 1847.

Aetiologie.

Die ätiologischen Momente für Entstehung des Vorfalls, so verschiedener Art sie auch sein können, laufen doch zum bei weitem grössten Theil auf den gemeinsamen Ausgangspunkt hinaus, dass sie eine Nachgiebigkeit der den Uterus in seiner normalen Lage erhaltenden Theile herbeiführen. Es wird daher vorzugsweise die Beschaffenheit der ligamentösen Apparate der Gebärmutter hier in Frage kommen, wenngleich deren Bedeutung für die Fixation des Uterus keineswegs von allen Autoren anerkannt wird. So erklärt z. B. Kiwisch[3]) die Vagina als normalen Träger des Uterus auf Grund seiner bekannten an Leichen vorgenommenen Untersuchungen und deutet daher die Erschlaffung der Gebärmutterbänder als Wirkung und nicht als Ursache des Vorfalls, eine Ansicht, die auch von Levret, Hamilton, Winslow, Dewees u. vielen anderen Autoren getheilt wird. Im Gegensatz hierzu stehen die Behauptungen von Clarke, Burns, Dawis. Morgagni, nach welchen die Ligamente als die ausschliesslichen Befestigungsmittel des Uterus hingestellt werden. Boivin, Dugés, Busch suchen diese beiden extremen Ansichten zu vereinigen. Letzterer spricht von einem „organischen Schwerpunkt", als dem wesentlichsten, den Uterus in seiner Lage erhaltenden Moment und versteht unter demselben eine lebendige Wechselbeziehung sämmtlicher, dem kleinen Becken angehörenden Organe.

Es ist hier nicht der Ort, eine Kritik über die ver-

---

[3]) Krankheiten der Gebärmutter. Prag 1845.

schiedenen vorgetragenen Ansichten auszuüben. Nur soll auf den Umstand hingewiesen werden, wie häufig Erschlaffungen und Lageveränderungen der Scheide zur Beobachtung kommen, ohne dass dadurch eine Senkung des Uterus veranlasst sei, woraus zur Genüge hervorgeht, dass die Scheide eine nur sehr unwesentliche Stütze für den Uterus bilden kann. Wir können daher bei unserer Behauptung stehen bleiben, dass die Erhaltung der normalen Lage des Uterus vorzugsweise von seinen ligamentösen Befestigungen, den breiten Mutterbändern, sowie überhaupt von sämmtlichen, von ihm zu den Beckenwänden verlaufenden Bauchfellduplicaturen abhängig sei, und haben nun zu untersuchen, unter welchen Einwirkungen eine Dehnung und Relaxation dieser Theile, als die nothwendige Ursache des Prolapsus, zu Stande kommt.

Hierher sind vor allem die anatomischen puerperalen Veränderungen zu rechnen. Denn zu keiner Zeit sind die Gebärmutterbänder in so hohem Grade gedehnt und in ihrer vitalen Contractilität beeinträchtigt, als im Puerperium; daher denn auch die bei weitem grösste Zahl von Vorfällen von Entbindungen datirt. Von 174 hier behandelten, an Vorfall leidenden Frauen hatten 168 geboren und nur bei 6 konnte mit Sicherheit ermittelt werden, dass keine Schwangerschaft voraufgegangen war. Ein anderes Verhältniss erwähnt Scanzoni, der unter 114 Fällen 15 Nulliparen beobachtet hat. Der Vorfall erfolgt unter dem Einfluss des Puerperiums, zuweilen plötzlich während einer heftigen Action der Bauchpresse bei Heben und Tragen schwerer Lasten, bei heftigen Hustenanfällen oder während einer bedeutenden Körpererschütterung (durch

Fall, Sprung) und nach verschiedenen den Unterleib treffenden Traumen. Meist aber bildet er sich allmälig aus, indem bei verfrühtem Aufstehen und unzweckmässiger Beschäftigung die noch vergrösserte Gebärmutter ihrer Schwere wegen immer tiefer herabsinkt und durch den Druck der Baucheingeweide herabgedrängt wird. Sehr häufig bleibt es hier zunächst bei einer nur geringen Senkung, welche später bei günstigen Gelegenheiten, in neuen, namentlich in kurzen Zwischenräumen erfolgenden Wochenbetten, bei schwerer Arbeit u. s. w. mehr und mehr zunimmt und nach Jahren zum völligen Prolapsus sich steigert. Ein anderes wesentliches, den Prolapsus veranlassendes Moment bilden die während der Geburt stattfindenden und zu keiner Heilung gebrachten Perinäalrisse. Indem durch diese der hinteren Scheidenwand ihre Stütze entzogen wird, tritt dieselbe mit ihrem untersten Ende aus der Schamspalte leicht hervor, wirkt dann zerrend auf das Scheidengewölbe und mittelbar auf den Uterus ein und kann so ein Herabsinken desselben herbeiführen.

Unabhängig von den puerperalen Veränderungen entsteht der Prolapsus noch am häufigsten unter dem Einfluss der senilen Involution der Genitalien, welche entweder eine Verkürzung der Scheide zur Folge hat, wodurch ebenso, wie durch die prolabirten Scheidenwände ein Zug am Uterus ausgeübt wird, oder direct zur Erschlaffung der Gebärmutterbänder führt. Selten bildet sich der Vorfall in Folge eines länger anhaltenden, von oben auf den Uterus wirkenden Druckes aus, wie ein solcher bei beträchtlichen Flüssigkeitsansammlungen in der Bauchhöhle, bei Tympanites, starker

Ausdehnung der Blase, Kothanhäufungen und namentlich bei Anwesenheit von Beckentumorn stattfindet. Meistens sind die Befestigungen des Uterus widerstandsfähig genug, um derartigen mechanischen Einwirkungen nicht nachzugeben. Dasselbe gilt von pathologischer Gewichtszunahme des Uterus selbst durch Hypertrophie oder Neoplasmen: Polypen, Fibroiden, Carcinomen.

Ausnahmsweise kann auch allgemein schlaffe Constitution mit beeinträchtigtem Tonus der organischen Faser Ursache des Vorfalls werden; so hat man denselben bisweilen nach erschöpfenden Krankheiten, Cholera u. s. w. entstehen sehen. — Eine angeborne Länge und Ausdehnbarkeit der Bänder muss in den Fällen angenommen werden, in welchen der Prolapsus bei jugendlichen Individuen, die noch keine Gravidität überstanden haben, ohne andere nachweisbare Veranlassung auftritt.

In Bezug auf diese ätiologischen Momente ergiebt eine statistische Zusammenstellung der während der letzten 10 Jahre in den gynäkologischen Kliniken zu Berlin beobachteten Fälle folgende Resulate:

Vor Entstehung des Prolapsus hatten geboren:

keinmal	 6	Frauen
1 „	 57	„
2 „	 14	„
3 „	 12	„
4 „	 5	„
5 „	 9	„
6 „	 7	„
7 „	 4	„
8 „	 2	„

10mal . . . . . 2 Frauen
12 „ . . . . . 1 „

Unter diesen Fällen machten 24 Entbindungen die Application der Zange nothwendig. Schwer, jedoch ohne Kunsthülfe zu erfordern, verliefen 5. — Aborten waren 6, Zwillingsgeburt 1, Frühgeburten 3 vorgekommen. — 5 Mal wurden Perinäalrisse beobachtet. — In 7 Fällen war zu frühes Aufstehen im Wochenbett die Ursache des Prolapsus. — In 13 Fällen liessen sich voraufgegangene traumatische Einwirkungen und heftige körperliche Anstrengungen nachweisen.

Das Alter betreffend, vertheilen sich 58 Fälle, bei denen die Entstehungszeit des Prolapsus sicher constatirt werden konnte, folgendermaassen:

Zwischen dem	20.	und	25.	Jahr traten auf	11 Vorfälle
„	25.	„	30.	„	13 „
„	30.	„	35.	„	9 „
„	35.	„	40.	„	5 „
„	40.	„	45.	„	3 „
„	45.	„	50.	„	5 „
„	50.	„	55.	„	4 „
„	55.	„	60.	„	1 „
„	60.	„	65.	„	5 „
„	65.	„	70.	„	2 „

Anatomischer Befund.

Die anatomischen Veränderungen, insofern sie an und für sich und für die klinischen Erscheinungen von besonderem Interesse sind, betreffen nicht nur den prolabirten Uterus selbst, sondern secundär in Folge des Vorfalls auch die übrigen Organe des kleinen Beckens.

Dass die Dislocation des Uterus in verschiedenen Graden bis zum völligen Hervortreten vor die äusseren Geschlechtstheile erfolgen kann, ist schon im Eingang erwähnt. Nicht selten sind mit denselben noch anderweitige Lageabweichungen verbunden, sowohl Versionen nach vorne, hinten und zur Seite, wie auch Ante- und Retroflexionen, theils durch partielle Schrumpfung der Bänder, wie bei normalem Stand des Uterus veranlasst, theils, wenn gleichzeitig ein Prolapsus vaginalis besteht, durch den Zug, seitens der vorgefallenen Scheidenwände. Weit häufiger und als fast constante Erscheinung begleiten den Prolapsus Form - Abweichungen ohne veränderte Richtung der Achse des Uterus, nämlich Hypertrophieen und insbesondere Verlängerungen desselben. Letztere können sehr verschiedene Grade erreichen. Hier wurde am häufigsten eine Verlängerung auf 8,5 Cm., 9,5 Cm. und 13 Cm. beobachtet. Das höchste Maass betrug in einem Fall 27 Cm. — Normal war die Länge des Uterus in 12 Fällen geblieben und nur einmal liess sich eine Verkürzung um 0,5 Cm. bei einer 53jährigen Frau, also wahrscheinlich in Folge der senilen Atrophie nachweisen. Die Verlängerung betrifft meist vorwiegend oder ausschliesslich den Cervix und nur selten die Vaginalportion desselben, vielmehr gewöhnlich den supravaginalen Theil, welcher in einem dünnwandigen Strang ausgezogen erscheint. Das Parenchym des Uterus zeigt gewöhnlich eine beträchtliche Verdickung, bedeutende, durch Cirkulationsstörungen veranlasste Hyperämie und die dem chronischen Infarkt entsprechenden Texturveränderungen; ebenso befindet sich die Schleimhaut im Zustand des chronischen Katarrhs. —

Die zuweilen derbere, zuweilen aber auch sehr aufgelockerte Vaginalportion ist dunkelroth gefärbt, rings um den Muttermund mit Erosionen und Ulcerationen bedeckt, die sich verschieden verhalten, je nachdem sie die Folge einer vorhandenen chronischen Metritis oder einfache Reizgeschwüre sind. Im höheren Alter führen sie bisweilen zur Verklebung und Verwachsung des äusseren oder inneren Muttermundes, der sonst meistens in eine Querspalte ausgezogen, oder als ringförmige Oeffnung erscheint. Die Ulcerationen sind, so lange sich der Uterus noch in der Scheide befindet, in der Regel von keiner erheblichen Bedeutung. Anders aber verhält es sich, sobald sich ein völliger Prolapsus ausgebildet hat, indem dann der Uterus noch anderweitigen Einflüssen ausgesetzt ist. Die atmosphärische Luft, Reibungen von Seite der innern Schenkelflächen und der Kleidungsstücke, der Contact des Urins, veranlassen eine höchst intensive Reizung und Entzündung der vorgefallenen Theile; es treten Exulcerationen von oft sehr bedeutendem Umfang und Tiefe auf, welche stark eitern und eine übelriechende, fressende Jauche entleeren; in Folge der mechanischen Reizung kann das Uebel sogar bis zur Gangrän gesteigert werden.

In Betreff der andern zum Uterus in näherer Beziehung stehenden Organen wird sich die Einwirkung des Prolapsus zunächst an den ligamentösen Apparaten geltend machen. Die runden Mutterbänder, die Bauchfellduplicaturen sind nach dem Grade des Prolapsus mehr oder weniger heruntergezogen. Die den Vorfall jederzeit begleitenden Circulationsstörungen führen auch zur Hyperämie der Bänder und lassen

diese in livider Farbe erscheinen. Besteht die Hyperämie lange fort, so kann sie Bildung entzündlicher Exsudate zur Folge haben, welche, wenn sie ihrerseits Schrumpfungen der Bänder veranlassen, Ursache der erwähnten Lageabweichungen des Uterus, der Versionen und Flexionen werden. — Von den Dislocationen der Bänder werden natürlich auch die in ihnen eingeschlossenen Organe, Tuben und Ovarien mitbetroffen. — Die Bauchfelltaschen, Excavatio vesico-uterina und recto-uterina, werden trotz der Spannung, welche sie durch den vorgefallenen Uterus erleiden, doch selten ausgeglichen. Vielmehr reichen sie oft bis zur Spitze des Prolapsus herab, so dass ihr Boden tiefer als das Orificium externum steht und in solcher Lage bei operativen Eingriffen leicht Läsionen ausgesetzt werden kann. Ein in dieser Beziehung merkwürdiger Fall ereignete sich im Anfang dieses Jahres in der gynäkologischen Abtheilung der hiesigen Charité, den ich selbst zu beobachten Gelegenheit hatte. Es kam am 8. Jan. ein Prolapsus zur Operation, der in einer Ausdehnung von etwa 12 Cm. aus der Schamspalte hervorragte und die Gestalt des Penis darbot. Blase und Rectum waren in keiner Weise am Prolapsus betheiligt. Mittelst des Ecraseurs wurde in der Chloroformnarkose ein 7 Cm. langes Stück vom Uterus entfernt, nachdem vorher zwei lange Schutznadeln durchgestochen waren, um das Ecrasement mit Sicherheit nur auf den zu entfernenden Theil zu beschränken. Nachdem die durch den Ecraseur bewirkte Compression nachgelassen hatte, fiel plötzlich der Fundus uteri hinten aus dem als eröffnet sich documentirenden Douglas'schen Raum hervor, derart, dass die Insertionen der

Tuben, Ligg. ovarii und andererseits die stark entwickelten Ligg. sacro-uterina sichtbar wurden.

Trotz dieser Verletzung des Bauchfells nahm der Fall einen günstigen Verlauf. Der Cervix uteri wurde sogleich nach der Operation mit dem hinteren Umfang der prolabirten verdickten hinteren Scheidewand mittelst 4 Silberdrahtsuturen vereinigt, die Wunde heilte gut und nach 6 Monaten konnte die Patientin vollkommen geheilt entlassen werden.

Als spätere Complicationen treten Lageabweichungen der Scheide, Blase und der unteren Abschnitte des Darms auf. Die schon mit geringer Senkung des Uterus stets verbundene leichte Invagination des Scheidengewölbes kann bei höherem Grade des Prolapsus sich auch auf die unteren Theile der Vagina erstrecken bis zur Bildung eines völligen Vorfalls entweder der ganzen Scheide oder der hinteren oder vorderen Wand derselben allein. Durch die Verbindungen, welche die prolabirten Scheidenwände mit der hinteren Blasen- und vorderen Mastdarmwand zeigen, werden auch diese Theile in den Prolapsus hineingezogen und so jene Dislocation derselben veranlasst, welche unter dem Namen Cystocele und Rectocele vaginalis bekannt sind. — Endlich kann der Prolapsus uteri selbst zur Entstehung von Leistenbrüchen führen, indem die vom Uterus auf die runden Mutterbänder einwirkende Zerrung eine Erweiterung des Inguinalkanals bedingt; indessen ist dies eine nur selten beobachtete Complication.

Symptome.

Die Krankheitserscheinungen bieten eine wesentliche Verschiedenheit dar, je nachdem der Prolapsus einen grösseren oder geringeren Grad erreicht hat. Ist die Dislocation des Uterus unbedeutend, so giebt dieselbe zu keinen erheblichen subjectiven Symptomen Anlass. Höchstens klagen die Patienten über drückende und ziehende Empfindungen in der Beckengegend, über Schwere im Becken und unangenehmes Drängen gegen die Leisten- und Schamgegend. Bildet sich das Leiden aber stärker aus, tritt der Uterus tiefer in die Beckenachse herab, so dass der Muttermund bis zum Scheideneingang dringt, so nehmen einerseits diese Beschwerden an Intensität zu, andererseits treten neue hinzu, auf den mechanischen Einwirkungen des Uterus auf die naheliegenden Organe, Blase und Mastdarm, beruhend. Die Kranken werden dann entweder von einer bis zur Incontinentia urinae gesteigerten Thätigkeit der Blase und durch Neigung zu Diarrhoen mit Tenesmus verbunden belästigt, oder es besteht, wenn bei fehlerhafter Richtung des Uterus das eine oder andere Organ einer stärkeren Compression ausgesetzt wird, erschwerte Urinentleerung und Stuhlverstopfung. — Durch die beständige Reizung, welche der dislocirte Uterus als fremder Körper auf die Scheidenschleimhaut ausübt, geräth diese in einen entzündlichen Zustand; es bildet sich Leukorrhoe aus, nicht selten mit Secretion eines puriformen, blutigen und corrodirenden Schleimes. — Auch die Unterleibsorgane werden in gewissem Grade in Mitleidenschaft gezogen durch die Lageveränderung der Beckeneingeweide und können, besonders wenn die

Bildung des Vorfalls plötzlich erfolgt, in Folge der Zerrung sehr heftige und gefährliche Symptome veranlassen: allgemeine Convulsionen, lange andauernde Ohnmachten, heftiges Erbrechen und intensive Peritonealentzündungen. In den meisten Fällen treten noch consensuelle Erscheinungen hinzu, die Kranken klagen über Verdauungsschwäche, Appetitlosigkeit, drückende und ziehende Empfindungen im Epigastrium, kardialgische Schmerzen, meteoristische Auftreibung der Gedärme u. s. w., und nicht selten finden wir bei ihnen eine tiefe Verstimmung des Gemüthes, so wie die mannigfaltigsten Symptome der Hysterie.

Dieses dem Prolapsus incompletus entsprechende Krankheitsbild ist nur der Intensität nach von den Symptomen verschieden, welche dem ausgebildeten völligen Vorfall angehören. Die beschwerte Urinexcretion ist hier bisweilen bis zur Ischurie, die erschwerte Defäcation zur hartnäckigen Stuhlverstopfung gesteigert. Vorzugsweise aber nehmen die Digestionsstörungen in Folge der vermehrten Dislokation der Unterleibsorgane erheblich zu, und durch dieses Moment wird das Allgemeinbefinden in hohem Grade alterirt. Die Kranke magert ab, die Kräfte sinken und Erschöpfung kann den letalen Ausgang herbeiführen.

Die Funktionen des Geschlechtssystems werden von dem Prolapsus allein nur wenig beeinflusst. Menstruelle Störungen, welche den Prolapsus gewöhnlich begleiten, hängen nicht von diesem ab, sondern von der gleichzeitig bestehenden chronischen Metritis. Ebensowenig ist die Dislokation des Uterus an und für sich mit Ausnahme sehr hoher Grade von irgend welcher Bedeutung für die Conceptionsfähigkeit. Wo Sterilität

besteht, ist diese vielmehr den Texturveränderungen der Gebärmutterwände, der Metritis und dem chronischen Katarrh der Schleimhaut der Eileiter, sowie den Lageveränderungen dieser letzteren sowohl als der Eierstöcke zuzuschreiben. Dagegen muss zugestanden werden, dass der Prolapsus nicht ganz ohne Einfluss auf den Verlauf der Schwangerschaft sei, indem durch ihn eine besondere Prädisposition zu Aborten gegeben zu sein scheint. So wurden hier bei 168 Frauen, die an Prolapsus litten, 10 Aborten, 3 unzeitige und 6 Frühgeburten beobachtet.

Mit Uebergehung des vielfach modificirten therapeutischen Verfahrens soll im Anschluss an die hier gegebene allgemeine Schilderung die im Eingang erwähnte Mittheilung specieller Fälle erfolgen, deren Zusammenstellung mit Rücksicht auf die anatomischen Verhältnisse ausgeführt ist.

Gebärmuttervorfall ausschliesslich durch Verlängerung des Cervikaltheils bedingt.

Frau N., 25 Jahre alt, hat einmal geboren. Pro- Prol. incompl.
lapsus trat 9 Monate nach der Entbindung auf. Vordere Scheidewand und Blase sind mit vorgefallen. Uterus 13 Cm. lang.

Patientin 33 Jahre. 2 Geburten, im 32. und 33. Jahr. Letzte war Abortus. Prolapsus entstand 5 Monate nach demselben. Seitdem Cessation der Regeln und Klage über Schmerzen. Uterus 8,5 Cm. lang.

Pat. 29 Jahre alt. Einmal geboren, im 22. Jahr. Prolapsus bald nach der Entbindung bemerkt. Uterus ist retrovertirt. 10 Cm. lang.

Pat. 62 Jahre alt. 2 Geburten. Prol. besteht seit dem 60. Jahre. Uterus 13,5 Cm.

Pat. 34 J. alt. 3 Geburten. Erste im 23. Jahre (mit Anwendung der Zange). Zweite im 26. (Steisslage). 3. im 33. (Abortus). Prol. bald nach der 2. Entbind. aufgetreten. Pat. klagt über Schmerzen, Blutungen, Obstipation. Ut. 14 Cm. lang.

Pat. 32 J. 7 Geburten. Letzte war Zwillingsgeb. und erfolgte im 7. Monat. Prol. seit der 3. Entbindung. Gleichzeitig besteht Cystocele und Rectocele. Ut. 8,5 Cm. lang.

Pat. 17 J. Nullipara. Prol. vor kurzer Zeit nach Prol. compl.
einem Fall entstanden. Port. vag. liegt als zierliches Zöpfchen vor dem unversehrten Hymen. Pat. leidet

häufig an Krämpfen. Vordere Wand der Scheide 4 Cm., hintere 6,2 Cm. lang. Ut. 8 Cm. Cervix 5 Cm. lang.

Pat. 28 J. 1 mal geb., im 26. J. Prol. 3 Monate nach der Entbindung entstanden. Ut. 13 Cm. lang.

Vorfall mit totaler Dislokation der Gebärmutter.

I. Einfacher Vorfall.

rol. incompl. Pat. 23 J. alt. Nullipara. Menses sind seit 4 Wochen ausgeblieben. Seit 3 Tagen besteht retentio urinae.

Pat. 28 J. 1 mal geb., vor 6 Monaten. Prol. besteht seit 1 Monat. Seitdem starker Fluor albus. Ut. 8,5 Cm. lang.

Pat. 30 J. 1 mal geb., im 26. J. Ut. nach links flectirt. 18,5 Cm. lang.

Pat. 30 J. 1 mal geb., im 28. J. Orific. extern. stark erodirt. Es besteht Metritis chronica.

Pat. 35 J. 1 mal geb. Prol. seit dem 22. J. Pat. klagt über starke Blutungen. Ut. 15 Cm. lang.

Pat. 35 J. 1 mal geb., im 29. J. mit Hülfe der Zange. Wochenbett sehr schwer, 4 Monate dauernd. Prol. seit der Entbindung. Ut. nicht verlängert.

Pat. 47 J. 1 mal geb., im 20. J. Am 4. Tag nach der Entbindung aufgestanden. Seitdem besteht der Prol. Corpus uteri sehr verdickt und resistent.

Pat. 50 J. Abortus im 27. J. Fundus uteri retrovertirt und am Kreuzbein fixirt.

Pat. 54 J. 1 mal geb., im 54 J. Prol. seit dem 20. J., nach schwerem Heben.

Pat. 44 J. 2 mal geb., im 25. und 36. J. Letztes Wochenbett sehr schwer. Prol. seit der letzten Entbindung. Pat. klagt über Schmerzen, Gefühl von Abwärtsdrängen, retardirten Stuhl und Fluor albus. Ut. 7,5 Cm. lang.

Pat. 46 J. alt. 2 Geb. Letzte im 41. J. Prol. seit der letzten Entbindung.

Pat. 34 J. 5 Geb. Erste im 25. J. Prol. seit dem 23. J., nach schwerem Tragen entstanden. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 74 J. 5 Geb. Letzte im 32 J. mit Hülfe der Zange. Prol. besteht seit der letzten.

Pat. 24 J. Nullipara. Prol. vor einigen Wochen nach schwerem Heben entstanden. Ut. 13 Cm. Prol. con

Pat. 29 J. 1 mal geb., im 28 J. Entbindung sehr schwer, mehrere Tage dauernd. Es besteht Ischurie Ut. 16 Cm.

Pat. 35 J. Nullipara. Prol. nach starker Anstrengung entstanden. Ut. nicht verlängert.

Pat. 39 J. 1 mal geb. im 24. J. Prol. seit dem 33. J.

Pat. 54 J. 2 Geb. Erste frühzeitige Zwillingsgeburt. Ut. 11,5 Cm.

Pat. 44 J. 10 Geb. Letzte im 41. J. Menses fehlen seit einem Jahre.

Pat. 39 J. 1 mal geb., im 27. J., mittelst der Zange. Prol. seit der Entbindung.

II. Gebärmuttervorfall, combinirt mit Vorfall der Scheide.

a. Vorfall der vorderen Scheidenwand.

Prol. ut. incompl. Pat. 50 J. 2 Geb. Ut. 7,5 Cm.

Pat. 43 J. 2 Geb. Erste mit der Zange. Letzte im 26. J. Prol. besteht seit dem 42. J. Ut. retroflectirt. 16 Cm.

Pat. 38 J. 4 Geb. Prol. seit der ersten. Ut. 9,5 Cm.

Prol. ut. compl. Pat. 59 J. 1 mal geb., im 38. J. Hat ein ganzes Jahr selbst gestillt. Prol. ist 11 Monate nach der Entbindung entstanden. Menses fehlen seit 4 Monaten.

Pat. 35 J. 1 mal geb. Prol. 3 Wochen nach der Entbindung entstanden. Ut. 13,5 Cm.

Pat. 35 J. 2 Geb., im 24. und 27. J. Prol. seit der ersten Entbindung. Ut. 14 Cm.

Pat. 54 J. 2 Geb., im 22. und 24. J. Prol. besteht seit dem 52. J. nach einem Fall. Ut. 14 Cm.

Pat. 58 J. 4 Geb. Prol. im 57. J. aufgetreten. Pat. klagt über Fluor albus. Ut. 9,5 Cm. lang.

Pat. 37 J. 5 Geb. Prol. besteht seit der ersten Entbindung. Ut. nicht verlängert.

Pat. 58 J. 6 Geb. Prol. seit der ersten Entbindung im 25. J. Muttermundslippen stark erodirt und verdickt. Ut. 11,5 Cm. lang.

b. Vorfall der hinteren Scheidenwand.

Prol. ut. incompl. Pat. 72 J. 2 Geb., im 34. und 37. J. Prol. besteht seit der ersten. Pat. klagt seit 10 J. über hef-

tige Schmerzen und Obstipation. Es besteht ein zolllanger übernarbter Dammriss. Ut. 11 Cm. lang.

Pat. 48 J. 8 Geb., in kurzen Zwischenräumen. Prol. 8 Wochen nach der letzten Geburt entstanden. Orif. ext. ist erodirt und exulcerirt. Ut. 11,5 Cm.

Pat. 69 J. 2 Geb. Prol. nach der 2. entstanden. Prol. ut. compl. Es besteht gleichzeitig eine Fistula recto-vagin., durch ein längere Zeit getragenes Pessarium veranlasst. Ferner Enterocele und Prolapsus ani.

Pat. 59 J. 5 Geb., im 43. J. erfolgte Abortus. Prol. besteht seit dem 47. J. Ut. retroflectirt. 8 Cm. lang.

c. Vorfall der vordern und hintern Scheidenwand.

Pat. 23 J. 1 mal geboren, im 20. J. Prol. vor einem Jahr nach schwerem Heben entstanden. Ut. ist exulcerirt. Prol. ut. incompl.

Pat. 38 J. 1 mal geboren, im 37. J. Prol. 8 Monate nach der Entbindung entstanden.

Pat. 67 J. 3 Geb., erste sehr schwer. Prol. besteht seit dem 60. J.

Alter ? 3 Geb, Prol. seit der ersten.

Pat. 62 J. 5 Geb., erste mit Hülfe der Zange. Prol. seit der ersten Entbindung.

Pat. 45 J. 8 Geb. Prol. nach der 3. Geb. entstanden. Pat. klagt über Kreuzschmerzen und Strangurie. Ut. 8 Cm. lang.

Pat. 32 J. 1 mal geb., Partus praematurus. Prol. 3 Monate nach der Entbindung entstanden Pat. klagt über heftige Schmerzen, Dysurie und Verstopfung. Ut. 7 Cm. lang. Retroversio uteri.

Retroflexio ut. Pat. 46 J. 8 Geb., letzte im 34. J. Prol. seit einem Jahr.

Retroflexio ut. Pat. 31 J. 2 Geb. Prol. seit der letzten. Pat. klagt über Incontinentia urinae. Ut. 13,5 Cm. lang.

Prol. ut. compl. Pat. 29 J. 2 Geb. Letzte im 29. J. war Zwillingsgeburt. Pat. klagt über Stuhlverstopfung. Ut. 8,5 Cm.

Pat. 30 J. 3 Geb. Prol. seit der letzten.

Pat. 67 J. 3 Geb. Prol. besteht seit 3 Jahren. Ut. stark exulcerirt, 7 Cm. lang.

Pat. 47 J. 5 Geb., unter diesen 2 Aborten. Zweite mit Hülfe der Zange. Ut. 11 Cm. lang.

Pat. 40 J. 7 Geb. Letzte im 39. J. Prol. im 31. J. aufgetreten. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 62 J. 8 Geb. Letzte im 42. J. Prol. nach der 7. entstanden. Ut. 13 Cm.

Pat. 48 J. 10 Geb. Letzte im 44. J. Ut. 22 Cm. lang.

III. Gebärmuttervorfall mit Cystocele.

Prol. ut. incompl. Pat. 26 J. 1 mal geboren. Prol. besteht seit der Entbindung, nach einem Fall aufgetreten.

Pat. 29 J. 1 mal geboren, im 28. J. Prol. 6 Wochen nach der Entbindung entstanden. Ut. ist erodirt. 11 Cm. lang.

Pat. 30 J. 1 mal geboren, im 29. J., mit Anwendung der Zange. Wochenbett sehr schwer. Prol. bald darauf entstanden. Ut. nicht verlängert.

Pat. 39 J. 1 mal geboren im 37 J. Prol. seit der Entbindung. Port. vag. ist erodirt. Ut. 8 Cm. lang.

Pat. 46 J. 1 mal geboren, im 31. J. Prol. am

Tage nach der Entbindung bei körperlicher Anstrengung aufgetreten. Ut. 16,5 Cm.

Pat. 32 J, alt. 2 Geb., im 30. und 31. J. Prol. am 5. Tage nach der letzten Entbindung entstanden. Die Regeln sind seitdem ausgeblieben. Es besteht Metritis. Fundus uteri nach links gerichtet. Ut. 7,5 Cm. lang.

Pat. 34 J. alt. 2 Geb., im 20. und 28. J. Prol. seit der ersten. Ut. nicht verlängert.

Pat. 44 J. alt. 2 Geb., im 33. und 41. J. Prol. besteht seit der letzten Entbindung. Ut. exulcerirt. 9,5 Cm. lang.

Pat. 39 J. alt. 3 Geb. Bei der ersten Anwendung der Zange und Ruptura perinei. Prol. seit der 2. Entbindung. Ut. erodirt, 9,5 Cm.

Pat. 44 J. alt. 3 Geb. Erste mit Hülfe der Zange. Letzte im 39. J. Prol. 8 Monate nach der letzten entstanden. Orif. extern. ist leicht erordirt. Ut. 9 Cm. lang.

Pat. hat 4mal geboren. Prol. seit der letzten. Pat. klagt über Kreuzschmerzen und unregelmässigen Stuhl. Ut. ist exulcerirt. 16,5 Cm. lang.

Pat. 42 J. alt. 4 Geb. Letzte im 38. J. mit Anwendung der Zange. Prol. seit der 3ten. Port. vag. erodirt. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 42 J. 6 Geb.; mehrmals Anwendung der Zange. Prol. seit der 5ten. Ut. stark erodirt. 10 Cm.

Pat. 54 J. 8 Geb.; zwischen 21. und 40. Jahr. Prol. seit kurzem. Port. vag. erodirt. Ut. 14,5 Cm.

Pat. 66 J. alt. 9 Geb., darunter 6 frühzeitige. Es besteht Ischurie und Fluor albus. Ut. 9,5 Cm. lang.

Pat. 65 J. 13 Geb. Bei der 8. Anwendung der Zange. Seit dieser besteht der Prol. Pat. klagt über Urin- und Stuhlbeschwerden. Ut. nicht verlängert.

Retroflexio ut. Pat. 35 J. 1 mal geboren, im 34. J. Prol. seit der Entbindung. Ut. 9 Cm. lang.

Pat. 49 J. 1 mal geb., im 41. Jahr. Bei der Entbindung mittelst der Zange erfolgte Ruptura perinei. Prol. am 9. Tag nach der Entbindung entstanden. Ut. 13 Cm.

Pat. 28 J. 2 Geb., im 24. und 27. J. Prol. seit der ersten.

Retroversio ut. Pat. 32 J. 2 Geb. Prol. besteht seit der ersten. Ut. 9,5 Cm. lang.

Prol. ut. compl. Pat. 36 J. alt. 1 mal geb. Prol. besteht seit der Entbindung; ist später nach heftigem Erbrechen stärker hervorgetreten. Ut. 11 Cm. lang.

Pat. 24 J. alt. 1 mal geb., im 22. J. Prol. 1 J. nach der Entbindung aufgetreten. Ut. stark ulcerirt. 13,5 Cm. lang.

Pat. 45 J. alt. 1 mal geboren im 35. J. Prol. 6 Wochen nach der Entbindung bei starker Anstrengung aufgetreten. Ut. exulcerirt. 18 Cm. lang.

Pat. 57 J. alt. 1 mal geboren, im 25. Jahre. Prol. 3 Wochen nach der Entbindung in Folge eines Fehltritts entstanden. Pat. klagt über grünes Erbrechen. häufige Frostanfälle, Blutungen aus der Scheide und Stuhlverstopfung. Ut. 13 Cm. lang.

Pat. 59 J. 1 mal geboren, im 28. J. Prol. im 47. Jahre entstanden. Ut. liegt 9 Cm. weit vor der Schamspalte, mit grossen Ulcerationen bedeckt.

Pat. 43 J. 2 Geb. Erste Entbindung mittelst der

Zange. Prol. bald nach derselben entstanden. Erosionen an der Port. vag. Ut. 13,5 Cm. lang.

Pat. 43 J. 2 Geb., im 30. und 31. J. Letzte war Zwillingsgeburt. Prol. seit der ersten. Pat. klagt über Schwere im Becken, Schmerzen beim Stuhl und Uriniren, Fluor albus. Ut. 15,5 Cm.

Pat. 41 J. 3 Geb., zwischen 23. und 27. Jahr. Letzte mittelst der Zange. Prol. seit dem 38. Jahre. Pat. klagt über heftige Schmerzen und Stuhlverstopfung.

Pat. 57 J. 3 Geb., zwischen 28. und 37. Jahr. Prol. besteht seit der 2. Geburt. Ut. 15 Cm. lang.

Pat. 62 J. 2 Geb., im 22. und 40. J. Prol. im 58. J. nach schwerem Heben entstanden.

Pat. 66 J. 3 Geb. Prol. seit der zweiten. Port. vag. ist exulcerirt. Ut. 12 Cm.

Pat. 36 J. 3 Geb. Erste (Partus praematurus) im 33ten, letzte mit der Zange im 36. J. Prol. besteht seit der letzten. Ut. 13. Cm. lang.

Pat. 28. J. 3 Geb. Letzte im 28. J. Prol. 7 Monate nach der letzten entstanden. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 62 J. 3 Geb. Zweimal Extraction. Prol. besteht seit einem Jahr nach schwerem Heben. Ut. nicht verlängert.

Pat. 57 J. 3 Geb., zwischen 22. und 30. Jahr. Letzte mittelst der Zange. Prol. im 46. J. entstanden, in Folge von körperlichen Anstrengungen. Ut. nicht verlängert.

Pat. 36 J. 4 Geb. Prol. seit der ersten. Ut. 16 Cm. lang,

Pat. 54. J. 4 Geb. Erste mittelst der Zange.

Die letzten 3 unzeitig. Prol. seit der ersten Entbindung. Ut. nicht verlängert.

Pat. 37 J. 5 Geb. 1 Abortus. Prol. nach der dritten entstanden. Ut. 12 Cm.

Pat. 69 J. 5 Geb. Prol. seit der 2. Entb., nach schwerem Heben. Seitdem 3 Aborten. Pat. klagt über Dysurie. Ut. 10,5 Cm.

Pat. 47 J. 7 Geb. zwischen 27. und 37 J. Prol. seit der 3ten. Menses fehlen seit 4 J. Ut. 7,5 Cm.

Pat. 39 J. 7 Geb., zwischen 16. und 28. J. Prol. am 2. Tag nach der letzten Entb. entstanden. Seit 5 Jahren Fluor albus. Ut. nicht verlängert.

Pat. 45. J. 11 Geb. Prol. seit der 3ten im 20. J. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 49 J. 10 Geb., darunter 3 Aborten. Prol. seit der ersten. Ut. 10,5 Cm.

Pat. 53 J. 11 Geb., zwischen 22. und 39. J. Prol. seit der 7. Geb. Ut. 6 Cm.

Retroflexio ut. Pat. 23 J. 1mal geb. im 22. J. Prol. seit der Entb. Ut. 9,5.

Pat. 36 J. 3 Geb., zwischen 30. und 34. J. Prol. seit der ersten. Es besteht Endometritis. Ut. 12 Cm.

IV. Gebärmuttervorfall mit Cystocele und Vorfall der hinteren Scheidenwand.

Prol. ut. incompl. Pat. 44 J. 1 mal geb. im 28. J. Prol. seit der Entb. Port. vag. ist atrophisch.

Pat. 51 J. 3 Geb., darunter 2 Aborten. Prol. seit der letzten. Ut. exulcerirt. 8,5 Cm.

Pat. 52 J. 5 Geb., letzte mit der Zange. Prol. seit der letzten. Orif. ext. ist verschlossen.

Pat. 80 J. 6 Geb. Prol. seit der 2ten. Ut. 11 Cm.

Pat. 25 J. 2 Geb. Prol. seit der 1ten. Ut. 15 Cm. Retroflexio ut.

Pat. 48 J. 4 Geb. zwischen 31. und 35. J. 3. war Abortus. Bei der ersten entstand ein Dammriss. Pat. klagt über starke Blutungen. Ut. 7,5 Cm.

Pat. 63 J. 1 mal geb. Prol. seit 2 Jahren. Pat. klagt über Fluor albus. Ut. 7 Cm. Prol. ut. compl.

Pat. 34 J, 2 Geb. im 25. und 34 J. Prol. seit der 1. Entb. Ut. 13 Cm.

Pat. 34 J. 3 Geb., zwischen 25. und 33. J. Prol. seit der 1ten. Ut. 13 Cm.

Pat. 49 J. 3 Geb. Bei der 2. entstand ein Dammriss. Prol. seit dem 29. J., nach schwerer Arbeit. Ut. exulcerirt. 6,5 Cm.

Pat. 67 J. 6 Geb. Prol. seit der letzten. Ut. nicht verlängert.

Pat. 65 J. 6 Geb. Letzte im 25. J. Prol. vor 2 Jahren nach Anstrengung entstanden. Ut. ist erodirt, 16 Cm. lang.

V. Gebärmuttervorfall mit Rectocele.

Pat. 62 J. 10 Geb. Prol. seit der 3ten. Pat. klagt über Incontinentia urinae. Ut. nicht verlängert. Prol. ut. incompl.

Pat. 55 J. 5 Geb., darunter 3 Aborten. Prol. im 52ten J. entstanden.

VI. Gebärmuttervorfall mit Cystocele und Rectocele.

Prol. ut. incompl. Pat. 32 J. 5 Geb. Nach der ersten enstand ein Prol. vag. Prol. ut. seit der letzten Geburt. Ut. 13,5 Cm.

Pat. 42 J. 4 Geb. zwischen 16. und 40. J. Prol. seit der 2ten. Ut. 8,5 Cm.

Pat. 41 J. 7 Geb. Prol. seit der 1ten. Ut. 12 Cm.

Retroflexio ut. Pat. 28 J. 2 Geb. Nach der ersten entstand Prol. vag. Prol. ut. seit der 2ten. Ut. 9,5 Cm.

Retroflexio ut. et Hernia ing. et lineae albae Pat. 45 J. 4 Geb. Letzte im 42. J. Seit der letzten besteht der Prol. und Hernia. Ut. 8,5 Cm.

Prol ut. compl. Pat. 21 J. Nullipara. Prol. besteht seit 6 Monaten. Orif. ext. ist verschlossen.

Pat. 20 J. 1 mal geb. Prol. 3 Wochen nach der Entb. entstanden. Ut. 13,5 Cm.

Pat. 71 J. 3 Geb., zwischen 30. und 43 J. Prol. seit der 1ten. Ut. nicht verlängert.

Pat. 31 J. 3 Geb. Erste im 25. J. Prol. seit der 1ten. Ut. exulcerirt. 12 Cm. lang.

Pat. 46 J. 6 Geb. Prol. seit der 1ten. Ut. 9,5 Cm.

Pat. 56 J. 7 Geb. Letzte im 52. J. Prol. seit der letzten. Ut. 15 Cm.

Pat. 61 J. 8 Geb. Prol. im 44. J. nach schwerem Heben. Ut. nicht verlängert.

Retroflexio ut. Pat. 49 J. 3 Geb. Letzte im 42. J. Prol. seit der letzten. Ut. 16 Cm.

Pat. 77 J. 5 Geb. Prol. mehrere Jahre nach der letzten in Folge eines Falls entstanden. Ut. 27 Cm. Retroflexio ut.

Pat. 77 J. 9 Geb. Bei der ersten im 20. J. erfolgte Ruptura perinei. Prol. seit der 2. Geb. Gleichzeitig besteht Hernia ing. dupl.

THESEN.

1. Bei der Wendung mit inneren Handgriffen ist die Chloroformnarkose und Lagerung der Kreissenden auf die Seite zu empfehlen.
2. Die differentielle Diagnose zwischen Typhus exanthematicus und Typhus abdominalis ist nicht immer mit Sicherheit zu stellen.
3. Die urämischen Erscheinungen beruhen auf Intoxication des Blutes.

Der Verfasser, geboren zu Bublitz am 28. Mai 1845, evang. Confession, erhielt seine Gymnasialbildung auf dem Gymnasium zu Neustettin, welches er Ostern 1865 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Sein Studium begann er in Tübingen, setzte dasselbe während des 2. und 3. Semesters in Würzburg fort, um sodann nach Greifswald überzusiedeln. Im 6. Semester bezog er die Universität Berlin, welcher er bis jetzt angehörte. Das Tentamen physicum bestand er im Februar 1867. — Während seines Studiums besuchte er die Vorträge folgender Herren Professoren und Privatdocenten: v. Bezold, Budge Dursy, v. Feilitzsch, Guttmann, Gurlt, Hertz, Hoppe-Seyler, Jansen, Jüngken, Kölliker, v. Langenbeck, Lewin, Limpricht, Martin, Meyer, Mosler, Mitscherlich, Otto, Pernice, Reichert, Reusche, Virchow, Westphal.